



Carla Ramos, Katherine Gil, Marta Sousa, Patrícia Fernandes, Rubina Teixeira & Ana Lúcia Faria (2021). Envelhecer na perspetiva psicológica e social: Promoção da saúde, qualidade de vida e estimulação cognitiva no idoso. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares*, vol. I, pp. 217-228.

DOI: 10.34640/universidademadeira2021ramosgilsousa

ISBN: 978-989-8805-63-8

Nota de edição: Respeitou-se a norma ortográfica seguida pelos Autores.

© CDA, Universidade da Madeira

O conteúdo desta obra está protegido por Lei. Qualquer forma de reprodução, distribuição, comunicação pública ou transformação da totalidade ou de parte desta obra carece de expressa autorização dos editores e dos seus autores. Os capítulos, bem como a autorização de publicação das imagens, são da exclusiva responsabilidade dos autores.



Envelhecer na perspectiva psicológica e social: Promoção da saúde, qualidade de vida e estimulação cognitiva no idoso

CARLA RAMOS¹

KATHERINE GIL¹

MARTA SOUSA¹

PATRÍCIA FERNANDES¹

RUBINA TEIXEIRA¹

ANA LÚCIA FARIA^{1,2}

¹Escola Superior de Saúde, Universidade da Madeira

²NOVA-LINCS, Universidade da Madeira

carlaramosgy1976@gmail.com

enviado a 25/01/2021 e aceite a 15/02/2021

Resumo

Atualmente, o autocuidado, a prevenção na saúde e a melhoria da qualidade de vida de cada indivíduo, têm levantado várias questões no que diz respeito à saúde no envelhecimento, pois a esperança média de vida aumentou, e com isso surgiu a necessidade de melhorar os cuidados nesta faixa etária. Com o avanço da tecnologia e com o aumento da literacia digital junto das pessoas mais velhas, vão surgindo novos métodos para manter ou melhorar a saúde mental nesta população.

Este trabalho pretende refletir sobre o idoso e a sua saúde mental, sendo que esta temática será abordada num contexto universal e, de forma sintetizada, também no contexto da Região Autónoma da Madeira. Iremos debruçar-nos sobre o envelhecimento, em contexto social, na promoção de saúde, qualidade de vida e alterações psicológicas e neurológicas no idoso, como por exemplo aquelas provocadas pelos quadros demenciais.

Palavras-chave: Idosos; Saúde Mental; Qualidade de Vida; Demência.

Abstract

Nowadays, self-care, health prevention, and improving the quality of life of each individual have raised several issues concerning health in ageing, as the average life expectancy has increased, and with this arose the need to improve care in this age group.

With the advancement of technology and the increase in digital literacy among older people, new methods are emerging to maintain or improve mental health in said population.

This work aims to reflect on the elderly and their mental health, and this theme will be addressed in a general context and in the context of the Autonomous Region of Madeira (*Região Autónoma da Madeira* (RAM)). We will focus on ageing, in a social context, in health promotion, quality of life, and psychological and neurological changes in the elderly, such as those caused by dementia.

Keywords: Elderly; Mental health; Quality of life; Dementia.

1. Introdução

Na atualidade, ser idoso é uma realidade distinta, pois os padrões atuais centram-se cada vez mais no contributo das pessoas da terceira idade na sociedade, proporcionando-lhes

oportunidades para que estes se sintam realizados e ao mesmo tempo ativo (Carmo, 2002, apud Teixeira, 2017).

A autora afirma que o envelhecimento é um efeito natural da sociedade, sendo fundamental encontrar respostas, com finalidade de que os idosos não percam qualidade de vida. É importante conceder à população envelhecida a livre escolha na sua perspectiva de vida, apesar de que, quando nos referimos a idosos, a autonomia é um ponto essencial que devemos ter em atenção, pois alguns têm certas debilidades, dificuldades e, por vezes, precisam de assistência e apoio constante. (Ribeirinho, 2005; Teixeira, 2017). O envelhecimento origina diversos desafios à população mais velha, que segundo a autora, é um processo diferencial e não um estado, que vivido da melhor forma, pode ajudar a ter uma longevidade maior, considerando que cada pessoa apresenta três idades diferentes, a social, a psicológica e a biológica (Teixeira, 2017).

Envelhecimento não é sinônimo de Demência. No entanto, especialmente quando os estilos de vida saudável não são postos em prática, podem surgir alterações neurológicas, como Déficit de Cognitivo Ligeiro (DCL) e Demência. De modo a evitar estas patologias do cérebro, para além de uma vida saudável, é importante que exista estimulação cognitiva o mais frequentemente possível. Para além de ter uma vida social ativa, ler e resolver problemas, existem várias técnicas e terapias não farmacológicas de estimulação e reabilitação cognitiva.

Com esta revisão de leitura pretendemos demonstrar a importância da qualidade de vida, da promoção da saúde e da estimulação cognitiva através de terapias não farmacológicas, nos idosos. A metodologia utilizada foi maioritariamente de pesquisa num motor de busca de artigos, sites de instituições, livros e teses.

2. Envelhecimento Ativo

O envelhecimento ativo foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, p.13) como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” (Ribeiro et al., 2009). A ideia central do envelhecimento ativo é que a população se mantenha bem física, social e mentalmente ao longo da vida, de forma a prolongar a produtividade, a esperança de vida saudável e a qualidade de vida na terceira idade (Pereira, 2012; Teixeira 2017).

A saúde mental, fatores psicológicos, apoio social, promoção da saúde e prevenção de doenças, hábitos de vida saudável e educação, são alguns fatores determinantes da saúde no processo de envelhecimento ativo.

2.1. Bem-Estar Psicológico

O bem-estar divide-se em duas partes: a satisfação com a vida e o equilíbrio psicológico, que abrange o funcionamento cognitivo mais complexo. São fatores do sentimento de bem-estar psicológico, a interação entre as condições e oportunidades de vida, a maneira como correspondem às próprias exigências pessoais e sociais e a forma como cada indivíduo organiza o conhecimento pessoal ou sobre os outros (Keyes et al., 2002; Cardiga, 2016).

O estudo do bem-estar psicológico é importante para entendermos o seu impacto na terceira idade. Por um lado, o bem-estar psicológico proporciona um melhor envelhecimento, pois existe uma maximização de ganho e, por consequência, a minimização de perdas (Baltes & Baltes, 1990, apud Cardiga, 2016).

2.2. Suporte Social

No envelhecimento tem sido essencial destacar a importância das redes de suporte na terceira idade. É normalmente nesta fase, que devemos ter mais consideração pelas dificuldades que os idosos têm ao tentar estabelecer relações com o outro, principalmente com pessoas com quem não se identificam. (Cordo, 2001, apud Cardiga, 2016). É fundamental ajudar e incentivar os idosos a manterem os seus laços sociais, quer seja a nível familiar, ou mesmo a nível da sua aproximação à comunidade. Deste modo, estamos a diminuir a ideia de que a terceira idade está apenas ligada ao abandono e ao isolamento (Araújo & Melo, 2011, apud Cardiga, 2016).

O suporte social é extremamente essencial durante o envelhecimento, pois este influencia fortemente o bem-estar psicológico.

3. Diferença entre promoção da saúde e prevenção de doenças mentais

Os limites conceituais entre prevenção e promoção da saúde ainda geram controvérsias na literatura especializada e diferentes interpretações por muitos profissionais da área, que desconhecem o real significado desses termos (Heidmann et al., 2006). Não é possível a promoção da saúde sem uma política de prevenção, através da educação do idoso para a saúde, e ainda de todos os agentes gerontológicos.

A promoção da saúde visa capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controle sobre a sua própria saúde; valoriza os fatores que interferem positivamente na saúde levando a tomar medidas que não se dirigem a uma determinada doença, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar de uma forma geral (Paradigma Salutogénico).

Por outro lado, a prevenção da doença tem como objetivo a diminuição dos riscos de surgimento de problemas, avaliados conforme os níveis de exposição ao risco (universal, seletiva e indicada) e o tratamento foca-se no atendimento assistencial, breve ou prolongado, àqueles que possuem um diagnóstico de uma doença mental (Abreu, 2012). Na perspetiva tradicional da saúde mental, a prevenção primária tem como objetivo a redução da ocorrência de novos casos e é destinada à população exposta a fatores de risco, mas que ainda não têm a doença. A prevenção secundária é focada nos sujeitos que já apresentam sinais iniciais da doença, enquanto que, prevenção terciária está direcionada aos que já possuem um diagnóstico, tendo como objetivo reduzir as suas consequências (Abreu, 2012; Murta, 2014).

Tanto os programas de promoção como as estratégias de prevenção têm como alvo interferir nos chamados “determinantes de Saúde Mental” ou, mais vulgarmente, nos fatores de risco e nos fatores protetores. Ambos podem ser de natureza individual, familiar, ambiental ou socioeconómica. Para alcançarmos a longevidade não é suficiente a pessoa ter hábitos de vida saudáveis, claro que isso vem a ser muito importante, mas é de igual importância ter uma mente saudável.

São exemplo de formas para manter uma saúde mental preservada:

- **Melhorar a nutrição:** tem como efeitos um desenvolvimento cognitivo saudável; melhoria do rendimento escolar e redução do risco de doenças mentais;
- **Melhorar as condições de habitação:** demonstrou-se que melhores condições de habitação melhoram os índices de saúde física e mental;

- **Melhorar o acesso à educação:** verificou-se que medidas a este nível levam a maior proteção contra doenças mentais, através da melhoria das competências sociais, intelectuais e emocionais;
- **Reduzir insegurança económica:** a insegurança económica é um fator de *stress* e de forma arrastada pode levar a aumento do consumo de substâncias, maior risco de depressão e de suicídio;
- **Ter uma vida social ativa:** interagir com outras pessoas, (inclusive de forma virtual) previne a perda de memória.
- **Dormir e meditar:** um bom sono e descanso mantém alto o nível das energias, melhoram o humor, fortalecem a imunidade e combatem a acumulação de substâncias relacionadas com o aparecimento da doença de Alzheimer. Meditar é, por exemplo, uma forma de ajudar a gerir o *stress*.

Para melhorar a Saúde Mental em geral, é necessário investir em programas de promoção e prevenção. A diminuída atenção à população idosa pode estar relacionada à questão de preconceito de idade em decorrência de uma posição capitalista da sociedade que reforçou, por muitos anos, atitudes discriminatórias e de exclusão da população idosa, privilegiando os mais jovens em razão do seu potencial produtivo e de vida útil (Xavier, 2012). Além disso, as crenças de que a saúde física é o principal determinante da qualidade de vida de adultos mais velhos, percepção tradicional do modelo biomédico, podem limitar o potencial de ações desenvolvidas para esta população (Flaherty-Robb & Bennett, 2003), inclusive na perspectiva de implementação de uma abordagem ecológica (Richard et al., 2012). Desse modo, percebe-se a necessidade de romper com paradigmas obsoletos para que o idoso seja, de fato, inserido na agenda sobre ações de prevenção e promoção da saúde mental.

4. Qualidade de vida no idoso

A definição de qualidade de vida proposta pelo Grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), engloba três características fundamentais: a “subjetividade” (porque a realidade objetiva que conta é a que é percebida pela perspectiva do indivíduo), a “multidimensionalidade” (pois a qualidade de vida inclui pelo menos três dimensões ou domínios: físico, psicológico e social) e a “bipolaridade” (abarca os elementos positivos e negativos relacionados com a qualidade de vida), (Fleck, 2006).

A qualidade de vida na velhice é um dos fatores que têm grande influência na longevidade.

Nesta ordem de ideias, é de relevar que uma das condições para que haja um aumento na esperança média de vida nesta fase do ciclo vital é de que todos os determinantes sociais da saúde sejam correspondidos de modo eficiente.

Atualmente, verifica-se um elevado número de idosos na RAM e os investigadores perspetivam que no futuro a população será maioritariamente envelhecida, isto é, será provável que idosos vivam com idosos, criando-se assim uma situação de maior vulnerabilidade (Instituto de Administração da Saúde, 2018). É de destacar que outro aspeto inerente à qualidade de vida é o envelhecimento ativo e saudável, pois garante a vitalidade e resiliência perante a doença e as circunstâncias da vida. Deste modo, importa referir que quanto maior for a capacidade de autonomia e independência maior será a satisfação dos idosos em relação à posição que assumem na vida. Por outro lado, o conceito de qualidade de vida é indissociável do conceito de

saúde e assim sendo define-se que o grau de preservação do bem-estar físico, social e mental é interdependente das condições que lhes forneceram e as que detêm no presente momento, sendo o estilo de vida equilibrado essencial (Andrade, 2011).

Consequentemente surge a necessidade de criação de programas assistenciais e de apoio à geriatria com o intuito de garantir a comodidade dos idosos no quotidiano. Neste sentido, salienta-se que geriatria é direcionada para os mais velhos, agindo de acordo com as necessidades individuais e visando atingir determinados objetivos, tais como, a preservação e a recuperação da independência e da autonomia funcional das pessoas idosas, contribuindo para o prolongar da vida e o otimizar da qualidade de vida.

Portanto, verifica-se que o envelhecimento tem impacto em diversos domínios (comportamentais, ambientais e sociais) que interferem no bem-estar e saúde do idoso. A psicoterapia é outra alternativa para o tratamento de problemas relacionados com qualidade de vida da saúde mental auxiliando na adaptação do indivíduo a esta nova fase de sua vida, contribuindo para que ele compreenda as mudanças que estão ocorrendo com ele, encontre alternativas para lidar com elas, conseguindo ainda solucionar conflitos e reconstruir crenças estabelecidas em momentos passados, conquistando maior autoconfiança e melhorando a sua autoestima (Janiro, 2016).

Segundo o estudo de Andrade (2011) constatou-se uma avaliação dos idosos no que diz respeito à qualidade de vida e os resultados foram os seguintes: que a predominância (51%) incide na resposta em que a qualidade de vida é avaliada como sendo nem boa, nem má. Por outro lado, a segunda percentagem mais elevada (37,4%) afirmam possuir uma boa qualidade de vida.

5. Principais alterações neurológicas no envelhecimento

O défice cognitivo é, “fundamentalmente perda de neurónios substituídos por tecido glial, a diminuição do débito sanguíneo, com consequente diminuição da extração da glicose e do transporte do oxigénio e a diminuição de neuromodeladores que condicionam a lentificação dos processos mentais, alterações da memória, da atenção, da concentração, da inteligência e pensamento.” (Martins, 2003).

O DCL é considerado quando existem perdas de memória ou de cognição ligeira, no entanto, superior ao expectável para a sua idade. Não obstante, este défice por não influenciar diretamente a vida do indivíduo, e por não ser considerado muito grave, não é tratado como Demência. Este pode surgir por perda de células cerebrais ou patologias neurodegenerativas, que sucedem com a idade. Com estilos de vida mais sedentários e pouco saudáveis podem aparecer outros tipos de demência, nomeadamente, causados por Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Traumatismos Crânio-Encefálicos, tumores cerebrais, depressão, alcoolismo (*Medical News Today; Cleveland Clinic*, apud CUF, 2020). As demências, por sua vez, descrevem “Os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais” (Associação Alzheimer Portugal, s.d.).

Durante a pesquisa para este trabalho foram-nos surgindo inúmeras causas para o aparecimento de demência numa pessoa mais velha, por conseguinte e segundo Ballesteros (2004) “existiendo más de 55 causas de demência”. Em Portugal as mais comuns são:

- Demência por Doença de Alzheimer, onde esta é caracterizada por uma doença degenerativa e progressiva, causada pela redução acelerada de células no cérebro (Associação Alzheimer Portugal (s.d.);
- Demência vascular causada pela falta de fluxo sanguíneo no cérebro, isto é, só é considerada demência no caso de existir alterações no domínio cognitivo (Associação Alzheimer Portugal, s.d.);
- Doença de Parkinson, que resulta da redução dos níveis de Dopamina no cérebro e por conseguinte, na morte cerebral das células que a produzem (*Medical News Today; Cleveland Clinic*, apud CUF, 2020);
- Demência de Corpos de Lewy, que é também causada pela degeneração e morte celular, mas neste caso, devido a presença de corpos esféricos anormais, designadas por corpos de Lewy (Neto, 2005);
- Demência frontotemporal, provocada por lesões nos lobos frontais e temporais, que alteram a forma de um indivíduo se comportar e comunicar, sendo que estes podem se traduzir em sujeitos desinibidos ou apáticos, comparativamente ao pré-demência (Neto, 2005);
- Demência provocada pelo álcool (Síndrome de Korsakoff), ocorre pela deficiência de tiamina, geralmente associada ao uso crônico de álcool, causando graves problemas de memória (Neto, 2005).

5.1. Métodos de avaliação e diagnóstico

Numa pesquisa exaustiva foram encontrados inúmeros algoritmos, exames ou testes de diagnóstico dos défices cognitivos no idoso, nomeadamente na sua independência, socialização e no que é entendido pela qualidade de vida de cada um.

Um exame de diagnóstico serve para o profissional de saúde compreender em que “estado” a saúde do utente se encontra. Embora tenhamos mencionado que alguns idosos envelhecem de forma saudável, já aqui comprovamos que uma grande parte dos mesmos apresenta algum défice cognitivo, seja ele ligeiro, avançado ou degenerativo. Para obter essas informações é necessário realizar testes e exames para avaliar os diferentes parâmetros supramencionados.

Sejam os défices de cognição no idoso mais ou menos evidentes, o profissional de saúde faz uma avaliação de rastreio cognitivo com o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), (Folstein, et al., 1975). Este exame pode ser realizado numa consulta de rotina sem que o utente compreenda que está a ser avaliado nesse sentido, uma vez que o declínio cognitivo permanece um estigma para muitos utentes mais velhos. O MMSE foi desenvolvido na década de 70 com o propósito de identificar indivíduos com deterioração cognitiva (Santana, 2016). É um teste breve com cerca de trinta questões com pontuação de 0, quando o utente não foi capaz de responder corretamente ou 1, quando responde corretamente. A pontuação máxima é de 30 pontos, sendo que quanto mais baixa for a classificação, maior défice que o indivíduo apresenta. Este teste atende a seis domínios cognitivos, sendo esses: orientação espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Fonseca & Medeiros, 2019). Este teste é uma ferramenta de rápido acesso a qualquer profissional de saúde, não obstante, pode ser influenciado tendo em conta a idade do utente e habilitações literárias. Assim sendo, o MMSE é

mais sensível para diagnosticar a doença de Alzheimer e a doença por Corpos de Lewy (Santana, 2016).

Outro exame também utilizado para rastreio breve é o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) (Nasreddine, et al., 2005). Enquanto o MMSE avalia mais concretamente a memória e é efetuado por meio de questionário, este avalia, através da execução de diferentes tarefas, outras funções, como por exemplo, função executiva, capacidade visual e espacial, memória, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem e orientação (Fonseca & Medeiros, 2019).

O *Clinical Dementia Rating* (CDR) (Morris, 1993) para além de avaliar a cognição e o comportamento, avalia também, a realização de atividades de vida diária, consoante as limitações cognitivas. Este instrumento está dividido em seis categorias cognitivo-comportamentais: memória, orientação, resolução de problemas, interação com o meio, atividades no lar ou de lazer e autocuidado. Contrariamente aos exames anteriormente mencionados, o CDR não tem pontuação, pois é avaliado consoante as atividades anteriormente desempenhadas pelo indivíduo. No entanto, cada uma das seis categorias deve ser classificada em: 0 (nenhuma alteração); 0,5 (questionável); 1 (demência leve); 2 (demência moderada); e 3 (demência grave), exceto a categoria cuidados pessoais, que não tem o nível 0,5. A classificação final do CDR é obtida pela análise dessas classificações por categorias, seguindo um conjunto de regras elaboradas e validadas por Morris (1993).

Existem, ainda, inúmeras ferramentas com diferentes métodos de abordagem para diferentes alterações cognitivas, como por exemplo:

- *Confusion Assessment method*-CAM (Inouye et al.,1990), que avalia a confusão no utente;
- A Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer-ADAS (Mohs et al., 1983);
- *Geriatric Depression Scale*-GDS (Yesavage, 1988) que avalia a sintomatologia depressiva.

Não menos importante estão outras escalas que não foram mencionadas nesta revisão, como por exemplo escalas que medem a solidão, qualidade de vida, medição de dor, independência e capacidade de autonomia. No entanto, todas elas têm um papel muito importante na vida do indivíduo, pois, a saúde mental está inteiramente relacionada com o meio envolvente e com os estilos de vida de cada um.

5.2. Estimulação Cognitiva

Estudos recentes, demonstram que as estatísticas relativas à população da RAM revelam uma tendência crescente da população mais envelhecida, sendo que, já em 2019, a proporção de jovens (13,1%) é inferior à proporção da população idosa (17,0%). Em consequência, nos últimos anos, o índice de envelhecimento aumentou de 105,3 em 2015 para 129,5 em 2019 (Direção Regional de Estatística da Madeira, 2019). Tendo em conta estes registos, houve a necessidade de os profissionais de saúde desta área especificarem e aprimorarem a prestação de cuidados ao paciente idoso, pois é de máxima importância que se mantenha uma abordagem centrada na qualidade de vida, garantindo a manutenção da independência do idoso (Vieira, 2018).

A cognição está diretamente relacionada com as capacidades de pensar, perceber e compreender tudo o que nos rodeia, permitindo assim, a interação do ser humano com o mundo. As funções da cognição, por sua vez, integram as capacidades da memória, a linguagem, a atenção e as funções executivas (habilidades cognitivas para controlar as nossas emoções e ações) (Pinheiro, 2020).

A estimulação cognitiva tem vindo a apresentar melhorias funcionais, bem como, diminuição dos efeitos de doenças degenerativas, levando a uma melhor qualidade de vida do idoso (Faria & Badia, 2015). A Estimulação Cognitiva poderá ser aplicada em grupo ou individualmente. A primeira, é dirigida a um grupo em que as dificuldades ou perda cognitiva são semelhantes, tendo em conta que a promoção de saúde mental e prevenção da perda cognitiva são os objetivos chave. Neste caso, os exercícios são semelhantes para todos, o que pode dificultar a progressão de algum dos membros do grupo. A Estimulação Cognitiva Individual é uma estimulação adequada e personalizada à pessoa, tendo em conta que este mesmo idoso apresenta disfuncionalidade na sua rotina diária. Os objetivos e atividades dependem sempre de uma avaliação cognitiva prévia e da predisposição do idoso a quem se aplica esta estimulação cognitiva. A prática de estimulação cognitiva ajuda a minimizar a possibilidade de institucionalização dos idosos. É de salientar que a realização de atividades esporádicas não são tão eficazes e só oferecem benefícios a curto-prazo (João et al., 2005; Santana et al., 2008).

5.3. Terapias farmacológicas e não farmacológicas

No tratamento da demência é muito comum o uso das terapias farmacológicas, que servem para dar continuidade ao bom funcionamento do cérebro. O paciente muitas vezes considera que o melhor tratamento passa pelo uso de medicamentos, por serem mais rápidos, práticos e eficazes, no entanto, estes podem provocar reações adversas, nomeadamente: hipotensão grave, arritmias cardíacas e priapismo (American Psychiatric Association [APA], 2014). É de salientar que as terapias farmacológicas anti-demenciais apenas são eficazes durante um limitado período de tempo (Associação Alzheimer Portugal, s.d.).

Deste modo, surgiram terapias não farmacológicas baseadas na estimulação cognitiva. Estas terapias são implementadas pelos profissionais de saúde em diferentes instituições da RAM. A estimulação está relacionada com a plasticidade cerebral (processo adaptativo do cérebro), que por sua vez melhora e preserva o desempenho da memória, raciocínio e atenção (Krasner, 1971). Exemplos de terapias não farmacológicas são: a orientação para a realidade (Rebollo, s.d.), aromaterapia, sala de Snoezelen, exercícios cognitivos em papel-e-lápis, atividade física, jogos em realidade virtual, música, artes plásticas, reminiscência, terapia da validação, entre outras (Associação Alzheimer Portugal, s.d.).

Tradicionalmente, são utilizados métodos mais simples, nomeadamente papel-e-lápis e artes plásticas, sendo que as atividades são, quase invariavelmente, iguais para todos. Não obstante, não existem dois indivíduos iguais, o sistema neurológico de cada um funciona de maneira diferente no que diz respeito a reações provocadas por cheiro, sabores, sons, imagens e toques. Como tal, é necessário adaptar a cada um os métodos utilizados, assim como o seu conteúdo. Nos últimos anos, com o aparecimento das novas tecnologias, algumas instituições, pacientes e cuidadores passaram a utilizar também plataformas de estimulação cognitiva, nomeadamente

o *Cogweb* (Cruz, et al., 2014), *Lumosity* (Lumos Labs), *Rehacom* (Schulze & Weber, 1992), entre outros.

Na RAM já existem algumas instituições que utilizam estes métodos de estimulação cognitiva baseados em tecnologias, nomeadamente o Serviço Regional de Saúde, a Casa de Saúde Câmara Pestana, a Casa de Saúde São João de Deus e alguns lares. Estas instituições trabalham em parceria com o NeuroRehabLab, situado na Universidade da Madeira. Este laboratório desenvolveu várias plataformas destinadas a pessoas com necessidades específicas, nomeadamente os idosos. Alguns exemplos são: *NeuroRehabLab Task Generator*; *REh@City* (Paulino et al., 2019; Faria et al., 2020); *Musiquence* (Ferreira et al., 2019); entre outros.

A música facilita e promove a comunicação, relação, aprendizagem, mobilidade, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (Associação Portuguesa de Musicoterapia, s.d.; Almeida, 2013). Na RAM o *Musiquence* é utilizado como uma ferramenta de estimulação cognitiva que funciona através de técnicas de interação entre humano-computador, que não só utiliza a música, mas também os aromas. É através da música que os utentes conseguem compreender se estão ou não a cumprir com os objetivos. São lançadas várias tarefas e o mesmo tem que se aproximar do resultado correto. O utente apercebe-se do erro porque a música fica distorcida a cada vez que existe algo errado, assim que é corrigido a música volta ao normal. A música utilizada é popular e vai de encontro aos gostos da população mais velha, está adaptada à região onde o utente viveu grande parte da sua vida. Esta interação auxilia o utente a reavivar a memória de atividades anteriormente efetuadas, nomeadamente na sua juventude (Ferreira et al., 2019). A realização de tarefas diárias como, por exemplo, comprar bens essenciais ou deslocar-se ao multibanco, para uma pessoa com algum défice cognitivo, pode requerer algum esforço. O *NeuroRehabLab* desenvolveu também o *Task Generator* e a *Reh@city* onde são criadas atividades adaptadas ao perfil cognitivo do utente.

Na RAM podemos encontrar ainda salas de *Snoezelen*. Esta favorece os estímulos sensoriais através de combinação de música, sons, luz, tato e aromas. Aqui o ambiente é seguro, promovendo o autocontrole, autonomia, descoberta e exploração, bem como efeitos terapêuticos positivos. O Centro de Dia para pessoas com doença de Alzheimer, localizado em São Martinho possui uma sala *Snoezelen* para este efeito.

6. Conclusão

Na terceira idade é importante perceber o impacto do bem-estar psicológico, pois este oferece um melhor envelhecimento. Não obstante, também é importante que os idosos mantenham uma vida social ativa de forma a que estes não se sintam isolados.

Importa referir que o envelhecimento se caracteriza por ser uma fase da vida que apresenta um elevado grau de vulnerabilidade e, deste modo, procuramos relevar o papel crucial que a especialidade de geriatria assume na vida dos idosos. Outros aspetos abordados foram a autonomia e a independência, pois, são dois valores significativos para que o idoso revele satisfação com a vida.

O envelhecimento é uma consequência natural do ser humano. Ao longo do tempo, temos vindo a constatar um aumento da esperança média de vida, e com isto um consequente aumento no surgimento das doenças degenerativas, nomeadamente as demências. Tendo em

conta esta situação, torna-se imprescindível que se promova a estimulação cognitiva nos mais velhos.

Em suma, através da pesquisa efetuada conclui-se que as terapêuticas não farmacológicas têm efeitos positivos e multidimensionais nas pessoas mais velhas, funcionando como complementares às terapias farmacológicas.

Bibliografia

- Abreu, S. (2012). *Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e especialistas da área*. [Tese de mestrado. Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UNB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/11952>
- Almeida, A. S., & da Silva, M. R. (2013). Os efeitos das atividades musicais como modalidade alternativa de cuidado em saúde mental. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 2 (01), 13-20. <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/406>
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Andrade, M. G. F. D. (2011). *Qualidade de vida e depressão na pessoa idosa institucionalizada* [Tese de mestrado. Universidade da Madeira]. DigitUMa Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira <http://hdl.handle.net/10400.13/652>
- Associação Alzheimer Portugal (s.d.). O que é a Demência? <https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>
- Associação Portuguesa de Musicoterapia (s.d.). O que é a Musicoterapia?. <https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que-e-a-musicoterapia-gwvmm>
- Ballesteros, S. (2004). Gerontología un saber multidisciplinar. Universitat.
- Cardiga, A. A. (2016). *A satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e o suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. [Tese de mestrado. Universidade Lusófona]. ReCiL - Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/7463>
- Carmo, H. (2002). *Problemas Sociais Contemporâneos*. Universidade Aberta
- Cruz, V. T., Pais, J., Alves, I., Ruano, L., Mateus, C., Barreto, R., Bento V., Colunas M., Rocha N., & Coutinho P. (2014). Web-based cognitive training: patient adherence and intensity of treatment in an outpatient memory clinic. *Journal of medical Internet research*, 16 (5), e122. <http://doi.org/10.2196/jmir.3377>
- CUF (2020). Demência. <https://www.cuf.pt/saude-a-z/demencia>
- Direção Regional de Estatística da Madeira (2019). Estatísticas Demográficas da Região Autónoma da Madeira 2019. <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now/social/popcondsoc-pt/demografia-pt/demografia-emfoco-pt/send/61-demografia-emfoco/12815-em-foco-2019.html>
- Faria, A. L., & Badia, S. B. I. (2015, October). Development and evaluation of a web-based cognitive task generator for personalized cognitive training: a proof-of-concept study with stroke patients. In *Proceedings of the 3rd 2015 Workshop on ICTs for improving Patients Rehabilitation Research Techniques (REHAB '15)* (pp. 1-4). Association for Computing Machinery (ACM). <https://doi.org/10.1145/2838944.2838945>
- Faria, A. L., Pinho, M. S., & i Badia, S. B. (2020). A comparison of two personalization and adaptive cognitive rehabilitation approaches: a randomized controlled trial with chronic stroke patients. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 17 (1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12984-020-00691-5>
- Ferreira, L. D. A., Cavaco, S., & i Badia, S. B. (2019, June). Musiquence: a framework to customize music and reminiscence cognitive stimulation activities for the dementia population. In *2019 5th Experiment International Conference* (exp. at'19) (pp. 359-364). IEEE. <https://doi.org/10.1109/EXPAT.2019.8876575>
- Flaherty-Robb, M. K., & Bennett, J. A. (2003). Issues affecting the health of older citizens: Meeting the challenges. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8 (2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12795628/>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12 (3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fonseca, A., & Medeiros, S. (2019). Instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos validados para a população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20 (3), 711-725. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200313>
- Fleck, M. P. A. (2006). O projecto WHOQOL: desenvolvimentos e aplicações. *Psiquiatria Clínica*. 27 (2), 5-13.
- Heidmann, I., Almeida, M.C., Boehs, A., Wosny, A. & Montecelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto*, 15 (2), 352-358. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>
- Instituto de Administração da Saúde (2018, outubro 28). População madeirense cada vez mais envelhecida. <https://www.iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/comunicacao-social/recortes-de-imprensa/5172-populacao-madeirense-cada-vez-mais-envelhecida>

- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of internal medicine*, 113 (12), 941-948. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>
- Janiro, A. C. (2016) O idoso na psicoterapia. *Psicologia acessível*. <https://psicologiaacessivel.net/2016/02/18/o-idoso-na-psicoterapia>
- João, A. F., Sampaio, A. A. Z., Santiago, E. A., Cardoso, R. C. & Dias, R. C. (2005). Atividades em grupo: alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. *Textos sobre envelhecimento*, 8 (3), 397-410. <https://www.rbgg.com.br/arquivos/edicoes/TSE%208-3.pdf>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Krasner, L. (1971). Behavior therapy. *Annual Review of Psychology*, 22, 483-532. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.22.020171.002411>
- Lumos Labs (s.d.). *Lumosity*. <https://www.lumosity.com/pt/about>
- Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 27, 67-73. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/614/1/Envelhecimento%20e%20sa%C3%bade.pdf>
- Mohs, R. C., Rosen, W. G., & Davis, K. L. (1983). The Alzheimer's disease assessment scale: an instrument for assessing treatment efficacy. *Psychopharmacology bulletin*, 19 (3), 448-450. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6635122/>
- Morris, J. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*, 43 (11), 2412-2414. <https://doi.org/10.1212/WNL.43.11.2412-a>
- Murta, G. S. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: Conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34 (2), 318-329. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001152013>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Neto, J., G. Tamellini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista Psicologia Clínica*, 32 (3), 119-130. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300004>
- Neuroinova (s.d.). COGWEB. <https://cogweb.pt/>
- NeuroRehabLab (s.d.). <https://neurorehabilitation.m-iti.org/tools/en>
- NeuroRehabLab Task Generator (s.d.). <https://neurorehabilitation.m-iti.org/TaskGenerator>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Paulino, T., Faria, A. L., & i Badia, S. B. (2019, June). Reh@ City v2.0: a comprehensive virtual reality cognitive training system based on personalized and adaptive simulations of activities of daily living. In *2019 5th Experiment International Conference* (exp. at'19) (pp. 292-297). IEEE. <https://doi.org/10.1109/EXPAT.2019.8876539>
- Pereira, F. (Coord.) (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos*. Psico & Soma. <http://hdl.handle.net/10198/8887>
- Pinheiro, P. (2020). Estimulação Cognitiva. *Centro Colibri*. <https://centrocolibri.pt/2020/04/28/estimulacao-cognitiva>
- Rebolo, M. (s.d.). Terapia de orientação para a realidade. *NeuroSer cuidar, apoiar, inovar*. <http://neuroser.pt/2016/03/01/terapia-de-orientacao-para-a-realidade>
- Ribeiro, P. C. C., Neri, A. L., Cupertino, Fabrino Bretas, A. P. & Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14 (3), 501-509. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300011>
- Ribeirinho, C. (2005). Envelhecimento e Políticas Sociais. In C. M. Ribeirinho, *Conceções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio* (pp. 63-99). [Tese de mestrado. Instituto Superior de Ciências Sociais de Lisboa]. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social. <http://www.cpihts.com/PDF02/Concep%C3%A7%C3%B5es%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Social%20em%20Cuidados%20Sociais%20no%20Domic%C3%ADlio%20Carla%20Ribeirinho.pdf>
- Richard, L., Gauvin, L., Ducharme, F., Leblanc, M. E., & Trudel, M. (2012). Integrating the Ecological Approach in Disease Prevention and Health Promotion Programs for Older Adults: An Exercise in Navigating the Headwinds. *Journal of Applied Gerontology*, 31 (1), 101-125. <https://doi.org/10.1177/2F0733464810382526>
- Santana, J. (2008). Envelhecimento, lazer e instituições de longa permanência. *Anais-IX Seminário O lazer em debate*, Imprensa Universitária da UFMG, 309-316.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreo e Diagnóstico do Déficit Cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29 (4), 240-248. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6889>
- Schulze, F., & Weber, P. (1992). Origins of RehaCom. *RehaCom*. <https://www.rehacom.co.uk/origins-of-rehacom>

- Teixeira, É. M. S. (2017). *A Importância da Universidade Sénior para um envelhecimento ativo: Universidade Sénior de Machico um estudo de caso na RAM*. [Tese de mestrado. Universidade da Madeira]. DigitUMa Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira <http://hdl.handle.net/10400.15/1807>
- Vieira, M. S. M. (2018). *Modelos em uso em assistência a idosos: Traçado para a intervenção do enfermeiro de reabilitação*. [Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/25779>
- Xavier, B. F. (2012). Um estudo sobre ações sociais do estado brasileiro direcionadas ao idoso e a contribuição do IFRN alusiva a essa temática. *Hollos*, 2, 275-283. <http://dx.doi.org/10.15628/holos.2012.686>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17 (1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)